



La torsion du cordon spermatique à l'Hôpital Central de Yaoundé

Torsion of the spermatic cord at the Yaounde Central Hospital

Fouda JC^{1,2}, Mekeme MJB^{1,2}, Mbassi AA^{1,3}, Owon'Abessolo PF⁴, Beling AYG¹, Epoupa NFG², Moby MH⁴, Bang GA², Angwafo III F²

Article Original

1. Hôpital Central de Yaoundé
2. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I
3. Institut Supérieur des Technologies Médicales
4. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala

Auteur correspondant :

Fouda Jean Cédric, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, BP 1364 Yaoundé,
Email : cedrickfouda@gmail.com,
Tel : (+237) 675160954

Mots clés : torsion du cordon spermatique, testicules, urgence, scrototomie, hôpital central de Yaoundé

Key words: torsion of the spermatic cord, testicles, emergency, scrototomy, Yaoundé central hospital.

Date de soumission: 29/10/2025

Date d'acceptation: 09/12/2025

RESUME

Introduction : La torsion du cordon spermatique (TCS) est une urgence chirurgicale dont le délai de prise en charge détermine le pronostic vital du testicule. C'est ainsi que nous nous sommes intéressés à étudier les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la torsion du cordon spermatique à l'Hôpital Central de Yaoundé.

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive et rétrospective sur une période de 05 ans allant de 2020 à 2024 et une durée de 9 mois allant de Septembre 2023 à Mai 2024 dans le service d'Urologie et Andrologie et dans le service des Urgences Chirurgicales de l'Hôpital Central de Yaoundé.

Résultats : Nous avons colligé 48 patients. L'âge médian était de 23 ans avec des extrêmes entre 13 et 30 ans. Le délai de consultation médian était de 25 ans. Vingt-et-un patients (43,75%) consultaient avant la première heure. La douleur aiguë d'un hémiscrotum était le symptôme principal. La tuméfaction de l'hémiscrotum, la présence du signe du Gouverneur et l'absence de signe de Prehn étaient les signes physiques les plus dominants. Le délai médian de prise en charge chirurgicale était de 8 heures. La torsion intravaginale était la plus fréquente. L'orchidectomie a été réalisée chez 27 patients soit 56,25%.

Conclusion : La TCS est de diagnostic et prise en charge tardifs traduisant un taux élevé d'orchidectomie. Une amélioration du pronostic testiculaire passe par la sensibilisation du public et du personnel soignant.

ABSTRACT

Introduction: Spermatic cord torsion (SCT) is a surgical emergency whose delay in treatment determines the vital prognosis of the testicle. We therefore set out to study the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of spermatic cord torsion at Yaoundé Central Hospital.

Methodology: We conducted a descriptive and retrospective study over a period of 05 years from 2020 to 2024 and a period of 09 months from September 2023 to May 2024 in the Urology and Andrology Department and the Surgical Emergency Department of the Yaoundé Central Hospital.

Results: We enrolled 48 patients. The median age was 23 years, ranging from 13 to 30 years. The median consultation time was 25 years. Twenty-one patients (43.75%) consulted before the first hour. Acute hemiscrotal pain was the main symptom. Swelling of the hemiscrotum, the presence of Gouverneur's sign and the absence of Prehn's sign were the most common physical signs. The median time to surgery was 8 hours. Intravaginal torsion was the most common. Orchiectomy was performed in 27 patients (56.25%).

Conclusion: SCT is diagnosed and managed late, resulting in a high rate of orchiectomy. To improve testicular prognosis, the public and healthcare staff need to be made more aware of the disease, diagnostic capabilities need to be strengthened and protocols for rapid management need to be put in place.

DOI : <https://doi.org/10.64294/jsd.v3i4.187>

Introduction

La torsion du cordon spermatique (TCS) est une urgence fonctionnelle qui met en jeu le pronostic vital du testicule [1]. Il s'agit d'une urgence chirurgicale dont le délai de prise en charge détermine la vitalité du testicule. En effet, Seizilles de Mazancourt trouvait, dans son étude, qu'un traitement conservateur a été réalisé dans 99 % des cas de torsion opérés dans les 6 h contre 95 % des cas opérés entre 6 et 12 h. Au-delà de 24 heures de douleurs, pour une torsion confirmée, le taux d'orchidectomie était de 54 % concluant ainsi que le temps limite de 6 heures semble pouvoir éviter une orchidectomie [2]. Elle peut survenir à tout âge y compris des patients de 80 ans [3] et elle met en jeu le pronostic fonctionnel du testicule et demande à tenir compte du fait que le sujet a une longue espérance de vie avec un besoin de fertilité. Il existe deux pics de fréquence que sont la première année de vie et la période pubertaire [1]. En France, au service d'urologie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, l'incidence est estimée à un cas pour 4000 hommes âgés de moins de 25 ans [1]. En Afrique, il y a peu de données sur la TCS. Au Bénin, Avakoudjo et al. retrouvaient une fréquence de 17% des urgences andrologiques [4]. La TCS constitue 4,2% des urgences urologiques à l'HCY [6], 8,24% des urgences urologiques dans une étude bicentrique à Douala [6] et 11,33% des urgences andrologiques à Douala [7]. Fort de ce constat, nous avons trouvé opportun d'étudier les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la torsion du cordon spermatique à l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY).

Méthodologie

Nous avons mené une étude descriptive et rétrospective sur une période de 05 ans allant de 2020 à 2024 et une durée de 09 mois allant de Septembre 2023 à Mai 2024 dans le service d'Urologie et Andrologie et dans le service des Urgences Chirurgicales de l'Hôpital Central de Yaoundé. Étaient inclus dans cette étude, tout dossier complet de patient pris en charge à l'HCY pour TCS. N'étaient pas inclus, tout dossier incomplet. La taille de l'échantillon a été obtenue avec la formule suivante : $n = t^2 \cdot p \cdot (1-p) / m^2$ avec n : Taille minimale de l'échantillon pour l'obtention des résultats significatifs, t : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 99% est 2,75), p : Proportion estimée de la population (celle utilisée est 1 cas pour 4000), m : Marge d'erreur (fixée à 1%).

Ce calcul nous a permis d'obtenir une taille de 16 patients. Le recueil des données s'est fait après obtention d'une clairance éthique. Les variables étudiées étaient les facteurs socio-démographiques, les formes anatomo-cliniques et la prise en charge de la TCS. Les formes anatomo-cliniques reposaient sur la recherche de symptômes et signes physiques en l'occurrence le signe de Gouverneur, le signe de Prehn. Pour ce qui est de la prise en chirurgicale,

après une anesthésie locale, me malade étant en décubitus dorsal, nous faisons en général une incision sur le raphé médian puis nous procédons à une extériorisation du testicule que nous réanimons en enveloppant le testicule pendant 15 à 30 minutes dans une compresse imbibée de sérum physiologique tiède s'il y a des signes de souffrance après détorsion ensuite nous procédons à l'orchidopexie en faisant une fixation latérale et médiale du testicule si le testicule n'est pas nécrosé avec orchidopexie controlatérale mais si le testicule est nécrosé (testicule noirâtre ou violacé sans récupération après réanimation), nous procédons à une orchidectomie et programmions une orchidopexie controlatérale en différé. Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le délai de consultation, le délai de prise en charge chirurgicale, l'existence d'épisodes similaires avec résolution Spontanée, l'aspect clinique, les lésions per opératoires du testicule concerné, le nombre de tours de spires, la voie d'abord chirurgicale, le geste chirurgical réalisé et le suivi après le traitement.



Figure 1 : Testicule droit ascensionné par rapport au testicule gauche



Figure 2 : Testicule et épididyme infarci



Figure 3 : absence de recoloration du testicule et de l'épididyme après détorsion et réanimation durant 30 minutes)



Figure 4 : image présentant un tour de spires et un infarctus du cordon spermatique en aval de la spire

Résultats

Il était recensé 90 dossiers de patients présentant une TCS. Les 42 dossiers non inclus étaient incomplets. Au total, 48 dossiers étaient retenus. L'âge médian des patients étaient de 23 ans [18-27] avec des extrêmes entre 13 et 30 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 21 à 25 ans avec 18 patients soit 37,5% suivi de celle de plus de 25 ans avec 15 patients soit 31,25% et 16 à 20 ans avec 9 patients soit 18,75% (Figure 5).

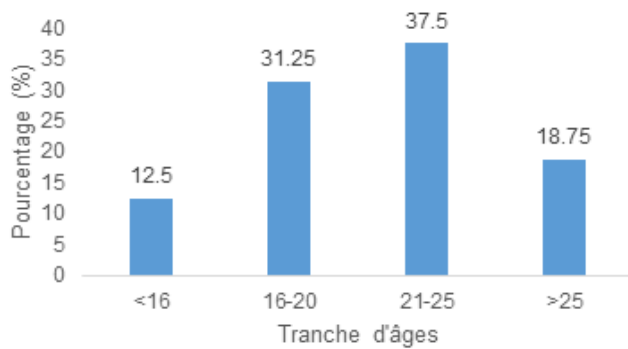


Figure 5 : répartition des patients selon la tranche d'âge

Le délai médian de consultation était de 25 heures [17-36] avec des extrêmes entre 0 et 82 heures. Les délais de consultations de moins de 6 heures ont été respectés par 21 patients (43,75%). Le côté le plus atteint était le droit (36 patients soit 75%) et le côté gauche, 12 patients soit 25%. La moitié des patients avaient des antécédents. Parmi eux, 9 patients (37,5%) avaient eu un traumatisme scrotal, 3 patients (12,5%) avaient la cryptorchidie et 12 patients (50%) avaient des douleurs testiculaires (Tableau I).

Tableau I : répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectifs	Pourcentage (%)
Traumatisme scrotal	9	37,5%
Cryptorchidie	3	12,5%
Douleurs testiculaires	12	50%
Total	24	100

Tous les patients présentaient une douleur de l'hémibourse. Cette douleur était de survenue brutale chez 39 patients (81,25%), d'emblée maximale chez 45 patients soit 93,75% et irradiait vers l'aîne chez 15 patients (31,25%). Elle empêchait la marche normale chez 21 patients (43,75%). Des symptômes digestifs ont été retrouvés chez 12 patients soit 25%. Les signes cliniques sont dominés par la tuméfaction scrotale unilatérale chez 45 patients (93,75%), le signe du gouverneur chez 42 patients (87,5%) et le signe de Prehn chez 39 patients (81,25%). Le réflexe crémasterien a été retrouvé chez 9 patients (18,75%), les signes de l'inflammation ont été retrouvés chez 6 patients (12,5%) et une vacuité scrotale controlatérale a été retrouvée chez 3 patients (6,25%) (Tableau II).

L'échographie avait été réalisée chez 12 patients (25%). Tous les patients ont été opérés d'une scrototomie exploratrice avec une incision sur le raphé médian. Le délai médian de prise en charge chirurgicale (délai entre l'admission et la chirurgie) était de 8 heures [5-12] avec des extrêmes entre 30 minutes et 28 heures. En per opératoire, nous avons découvert une torsion intra vaginale chez tous les patients. Le nombre de spires du cordon spermatique variait entre 01 et 03 tours de spires avec une moyenne de 02 tours de spires toutefois nous avons retrouvé 3 cas de détorsion spontanée.

Le testicule était viable chez 9 patients (18,75%), violacé chez 12 patients (25%) et noir chez 27 patients (56,25%). Tous les testicules violacés ont récupéré une coloration normale après réanimation.

Tableau II : répartition des patients selon leurs signes et symptômes

Données cliniques	Effectifs	Pourcentage (%)
Symptômes		
Douleur de l'hémibourse	48	100
Survenue brutale	39	81,25
D'emblée maximale	45	93,75
Irradiation vers l'aîne	15	31,25
Symptômes digestifs	12	25%
Signes		
Tuméfaction scrotale unilatérale	45	93,75
Signe du gouverneur	42	87,5
Signe de Prehn	39	81,25
Reflexe crémasterien	9	18,75
Signes de l'inflammation	6	12,5
Vacuité scrotale controlatérale	3	6,25

L'échographie avait été réalisée chez 12 patients (25%). Tous les patients ont été opérés d'une scrototomie exploratrice avec une incision sur le raphé médian. Le délai médian de prise en charge chirurgicale (délai entre l'admission et la chirurgie) était de 8 heures [5-12] avec des extrêmes entre 30 minutes et 28 heures. En per opératoire, nous avons découvert une torsion intra vaginale chez tous les patients. Le nombre de spires du cordon spermatique variait entre 01 et 03 tours de spires avec une moyenne de 02 tours de spires toutefois nous avons retrouvé 3 cas de détorsion spontanée. Le testicule était viable chez 9 patients (18,75%), violacé chez 12 patients (25%) et noir chez 27 patients (56,25%). Tous les testicules violacés ont récupéré une coloration normale après réanimation.

Le geste chirurgical était la détorsion et une orchidopexie chez 18 patients (37,5%), une détorsion et une orchidectomie chez 27 patients (56,25%) et une orchidopexie sans détorsion chez 3 patients (6,25%) car il y avait une absence de torsion en per opératoire mais des signes de souffrances testiculaires étaient présents. Tous les malades ont été pris en charge en ambulatoire. Nous avons eu 3 patients qui ont présenté un retard de cicatrisation. Ces patients avaient tous eu une orchidectomie.

Discussion

La TCS présente classiquement deux pics de fréquence chez l'enfant : la période néonatale et l'adolescence [8]. Dans notre étude, la majorité des patients ont développé une torsion du cordon spermatique après l'âge de 15 ans et en particulier à l'âge adulte. De nombreuses études africaines sont

en faveur d'une torsion du cordon spermatique qui survient en moyenne après l'âge de 15 ans [8,9,10] bien qu'Odzebe et al. [9] travaillaient sur des patients de plus de 18 ans. La tranche d'âge est similaire à certaines études [10,11,12]. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 25 ans. Ce résultat est similaire à celui de Odzebe et al. et Kaboré et al. [9,12]. Tout ceci, en plus du fait que nous ayons 31,25% des patients qui ont présenté une TCS, montre que l'adulte jeune n'est pas épargné par la TCS. Ainsi, en Afrique, l'adulte jeune pourrait constituer un pic de fréquence surtout en Afrique Centrale.

Le délai médian de consultation était de 25 heures avec des extrêmes entre 0 et 82 heures. Au regard du résultat d'Odzebe et al. et Kaboré et al., nous pouvons confirmer que la prise en charge de la TCS est tardive en Afrique subsaharienne. Nous pouvons expliquer ce retard par des difficultés d'accès aux centres de soins (pauvreté, éloignement des centres de soins) et à des considérations socioculturelles (difficulté des patients à parler de leurs problèmes génitosexuels) tout comme Kaboré et al. mais à cela, nous ajoutons l'automédication pratiquée par les parents en raison de la pauvreté et le retard de référence de certaines structures ayant des difficultés à poser ce type de diagnostic et donc l'insuffisance de structures spécialisées [12] et l'acceptabilité de la chirurgie par les parents (au Cameroun, on est majeur à partir de 21 ans) et les patients eux-mêmes [9]. Toutefois, les délais de consultations de moins de 6 heures ont été respectés par 21 patients (43,75%), ce qui démontre qu'il est possible de consulter à moins de 6 heures. Sarr et al. retrouvaient 15,7% de patients ayant consulté avant 6h [13]. Théoriquement, au-delà de six heures d'évolution, il peut survenir des lésions histologiques qui peuvent compromettre les fonctions endocrines et exocrines du testicule [12]. Le délai de six heures est une donnée statistique et non un délai de sécurité, car il existe des cas d'orchidectomie avant la sixième heure [14,15].

Le côté le plus atteint était le droit (36 patients soit 75%) et le côté gauche, 12 patients soit 25%. Dans l'étude d'Odzebe et al. au Congo, le côté droit était aussi le plus prédominant [9] alors que dans l'étude de Ndiemoi et al. [16] en Côte d'Ivoire, le côté gauche était le plus concerné. Il est à se demander si les hommes d'Afrique Centrale ne partagent pas dans une certaine mesure des anatomies similaires.

La moitié des patients avaient des antécédents. Parmi eux, 9 patients (18,75%) avaient eu un traumatisme scrotal, 12 patients (25%) avaient des douleurs testiculaires. Kaboré et al. avaient trouvé trois patients (5,9 %) ayant des antécédents de douleurs aiguës des bourses avec rémissions spontanées sans traitement [12]. Odzebe et al. avaient trouvé deux patients ayant des antécédents dont un avec antécédent d'orchidectomie pour torsion

du testicule controlatéral survenue 3 ans avant et un autre patient avait une atrophie du testicule controlatéral secondaire à une symptomatologie similaire survenue 8 ans plus tôt et dont les parents avaient refusé la chirurgie [9]. La douleur peut avoir été précédée d'épisodes similaires de résolution spontanée, qualifiés de « subtorsions », et fortement évocateurs du diagnostic [12].

Tous les patients présentaient une douleur de l'hémibourse. Ce résultat rejoint les données de la littérature [9-12,14,17]. Cette douleur était de survenue brutale chez 39 patients (81,25%), d'emblée maximale chez 45 patients soit 93,75% et irradiait vers l'aine chez 15 patients (31,25%). Une douleur scrotale unilatérale, spontanée, brutale, d'emblée maximale est le motif de consultation le plus fréquent des TCS chez l'adulte et l'adolescent [18,19]. Ces trouvailles doivent nous emmener à évoquer le diagnostic de TCS devant un patient qui présente une bourse aigue et un antécédent de douleur testiculaire ou une orchidectomie en plus de la clinique. Fofana précisait l'absence de signes infectieux et urinaires [20]. Elle empêchait la marche normale chez 21 patients (43,75%). Ce résultat montre que la marche est un paramètre à prendre en compte dans le diagnostic de la TCS. Des signes digestifs ont été retrouvés chez 12 patients soit 25%. Bah et al. retrouvaient 11,1% de patients.

Les signes cliniques sont dominés par la tuméfaction scrotale unilatérale chez 45 patients (93,75%). Ce résultat est similaire à celui de Bah et Ndiemoi [10,16] mais différait du résultat de Kaboré et al. retrouvant d'abord le signe du gouverneur (92,5%) [12]. Nous avons trouvé le signe du gouverneur chez 87,5% des patients. Le signe du Gouverneur est un signe pathognomonique de la TCS et doit être systématiquement recherché chez tout patient présentant une douleur testiculaire [12,14]. Malgré ces différences, la tuméfaction scrotale et le signe du Gouverneur sont des signes prédominant de la TCS [8,10,11,12]. Le signe de Prehn trouvé chez 81,25% des patients est un élément important de l'examen physique pour déterminer une orchio-épididymite bien que certaines études dont celle de Sarr et al. [10,13] trouvent que le signe de Prehn n'est pas aussi sensible et ne semble donc pas être un élément fort de l'examen physique dans le diagnostic de la TCS. Toutefois, il doit être utilisé en complément de la tuméfaction scrotale objectivée à l'inspection et du signe du Gouverneur mis en évidence à la palpation. Cependant, il garde une place de choix si le patient est vu tôt [10]. Le réflexe crémasterien a été retrouvé chez 18,75% des patients.

L'échographie doppler des testicules avait été réalisée chez 12 patients (25%). L'échographie couplée au doppler est un outil important pour le diagnostic différentiel entre TCS et orchio-épididymite

en montrant une diminution du flux sanguin (dans le cordon et en intraparenchymateux) et la présence ou non de spires au niveau du cordon [21]. Cependant, des faux-négatifs persistent lors de cet examen, par exemple, du fait d'une augmentation du flux intratesticulaire lors d'un épisode de torsion-détorsion, ou lors d'une torsion vue précocement, ou lors d'une torsion incomplète [13]. Sauvât et al. [8] avaient conclu que l'échographie scrotale pouvait être faussement rassurante et retardait l'intervention et que la seule attitude défendable était l'exploration chirurgicale au moindre doute. Sarr et al. pensaient que l'échographie non seulement retarde la prise en charge, mais nécessite aussi un coût financier non négligeable dans nos régions. De plus, l'existence de faux-négatifs pourrait avoir des conséquences sur le plan médico-légal et être le point de départ de contentieux juridiques [13]. Il est vrai que l'échographie scrotale avec examen doppler du cordon ne remplacera jamais l'exploration chirurgicale mais elle peut, néanmoins, s'avérer utile lorsque le patient est vu tardivement ou dans l'exploration des douleurs testiculaires douteuses pour conforter le diagnostic [22]. Par ailleurs, en raison du nombre élevé de scrototomies blanches et face aux cas vus tardivement, certains auteurs proposent des examens d'imagerie médicale pour confirmer le diagnostic de TCS [23]. C'est ainsi qu'au vue de l'étude de Negra et al. qui avaient rapporté qu'aucun testicule n'a pu être sauvé après la 48e heure [14], nous pensons qu'après 48 heures, dans un but médico-légal, l'échographie doppler des testicules garde une place importante en ce sens que l'échographie montrera l'absence de vascularisation testiculaire et renforcera la décision de l'orchidectomie. Le délai médian de prise en charge chirurgicale (délai entre l'admission et la chirurgie) était de 8 heures [5-12] avec des extrêmes entre 30 minutes et 28 heures.

Tous les patients ont été opérés d'une scrototomie exploratrice avec une incision sur le raphé médian. La TCS étant une urgence chirurgicale, son traitement ne peut être que chirurgical comme constaté dans la majorité des études [9-14, 18, 20, 21]. En peropératoire, nous avons découvert une torsion intra vaginale chez tous les patients. Ce résultat rejoint celui de Ouattara [11] mais d'après l'étude de Fofana, il n'y a pas de corrélation entre le type de torsion et la nécrose [19]. Le nombre de spires du cordon spermatique était en moyenne de 02 tours de spires. Ndimoi et al. [16] en Côte d'Ivoire et Ntang et al. [24] à Libreville ont observé que les patients ayant un testicule non viable avaient un nombre de tours de spires supérieur ou égal à deux. Ce résultat pourrait s'expliquer par un étranglement plus important du pédicule vasculaire entraînant une ischémie, une hypoxie et une nécrose rapide du testicule [16]. Le nombre de tour de spires constitue donc un facteur essentiel de survenue rapide d'une nécrose testiculaire. Dans ce même

sens Fofana et al trouvaient une corrélation entre le nombre de tours des spires est supérieur ou égal à 2 et la nécrose testiculaire [19].

Le testicule était violacé chez 25% des patients. Tous les testicules violacés ont récupéré une coloration normale après réanimation. Après détorsion d'un testicule qui semblait être nécrosé, certains auteurs ont retrouvé une recoloration spectaculaire du testicule [18]. Ceci démontre l'importance de la détorsion précoce et de la réanimation testiculaire.

Le testicule était nécrosé chez 27 patients (56,25%) et le geste chirurgical était une détorsion et orchidectomie. Ce résultat est similaire à celui de plusieurs séries africaines [9, 11, 12, 13]. Le chiffre important d'orchidectomie est en rapport avec plusieurs éléments dont le retard de consultation. Fofana et al. retrouvaient une corrélation entre le délai de consultation tardif et la nécrose ; le retard diagnostique, le retard de prise en charge, les aspects financiers et socio-culturels et les accès aux hôpitaux [19]. Fofana et al. ne retrouvaient pas de corrélation entre la latéralité (droite ou gauche) et la nécrose [19].

Une orchidopexie controlatérale devant un testicule viable et une orchidopexie controlatérale sont réalisés dans le même temps opératoire. L'orchidopexie controlatérale est différée devant un testicule nécrosé du fait du risque septique. Odzebe et al. mentionnaient la logique de différer l'orchidopexie controlatérale devant un testicule nécrosé [9]. Ceci était en accord avec certains auteurs [2, 10, 19]. Cependant, d'autres auteurs réalisent une orchidopexie controlatérale systématique dans le même temps opératoire. Cette attitude était justifiée par les risques réels de torsion ultérieure du testicule controlatéral qui est de 3 à 18 % [18]. Pour éviter le passage d'anticorps anti-spermatoïdes dans la circulation systémique, nous prescrivons des corticoïdes sur 5 jours. Sarr et al. [13], dans leur pratique, optait d'emblée pour une orchidectomie, sans détorsion préalable d'un testicule noirâtre ou chocolaté

Tous les malades ont été pris en charge en ambulatoire. Nous avons eu 3 patients qui ont présenté un retard de cicatrisation. Ces patients avaient tous eu une orchidectomie. Tout comme dans certaines séries rapportées [10, 13, 14], la mortalité était nulle et la morbidité s'était résumée à des complications locales. Dans notre étude, il s'agissait de complications locales à type de retard de cicatrisation.

Conclusion

La torsion du cordon spermatique constitue une urgence chirurgicale urologique dont le pronostic fonctionnel dépend étroitement de la précocité de la prise en charge. Elle touche préférentiellement l'adulte jeune, avec une nette prédominance du côté

droit. Il y a un retard dans le diagnostic et la prise en charge traduisant un taux élevé d'orchidectomie. Sur le plan clinique, la douleur scrotale unilatérale d'apparition brutale, la tuméfaction et la présence du signe du Gouverneur demeurent des indicateurs essentiels du diagnostic. Une amélioration du pronostic testiculaire passe par la sensibilisation du public et du personnel soignant à la reconnaissance précoce des signes de la torsion testiculaire et à la nécessité d'une intervention chirurgicale urgente. Le renforcement des capacités diagnostiques et la mise en place de protocoles de prise en charge rapide dans les structures de santé constituent des perspectives prioritaires pour réduire la morbidité associée à cette pathologie.

Conflit d'intérêt : Il n'y a pas de conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs : Fouda JC a rédigé l'article, Mekeme MJB, Mbassi AA ont coordonné ce travail, Owon'Abessolo PF, Beling AYG, Epoupa NFG ont relu l'article, Moby MH, Bang GA, Angwafo III F ont supervisé ce travail.

Références

1. Audenet, F., & Rouprêt, M. (2010). Les torsions du cordon spermatique : aspects du diagnostic clinique et principes thérapeutiques. *Prog Urol*. 20(11) : 810-4.
2. De Mazancourt, E. S., Pradere, B., Duquesne et al. Heure limite de prise en charge opératoire pour torsion du cordon spermatique : résultats d'une série rétrospective multicentrique de 2986 patients sur 15 ans. *Prog Urol*. 2020. 30(13), 816-7.
3. Jean Cedrick Fouda, Junior Bartthelemy Mekeme Mekeme, Philip Fernandez Owon'Abessolo et al. Twisting of the Spermatic Cord in an Elderly Subject at the Yaounde Central Hospital: About a Case. *OJU*, 12, 394-400.
4. Avakoudjo JDG, Ouaké HI, Mensah ADE et al. Les urgences andrologiques dans un service de chirurgie générale à Parakou (Bénin). 2016. 1(6) : 301-4
5. Owon'Abessolo, P. F., Mayopa, C. F., Mekeme, J. et al. Urgences urologiques : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à l'hôpital central de Yaoundé. *Health Sci Dis*. 2020. 21(8). Pages 52-55.
6. Ngalle, F. E., Essomba, A. Q., Mbassi, A. M. et al. Profil des Urgences Urologiques dans un Hôpital Tertiaire Universitaire du Cameroun: Hôpital Général de Douala. *Health Sci Dis*. 2022. 23(9). Pages 57-60.
7. Moby Mpah, E. H., Fouda, P. J., Sala-Beyeme, T. et al. Les urgences andrologiques en milieu urbain au Cameroun: aspects cliniques et thérapeutiques. *Basic and Clinical Andrology*. 2012. 22(4), 223-226.
8. Sauvat F, Hennequin S, Ait Ali Slimane M, Gauthier F. Un âge pour la torsion testiculaire ? *Arch Pediatr*. 2002. 9:1226-9.
9. Odzebé AWS. Torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires chez le sujet adulte au CHU de Brazzaville [Torsion of the spermatic cord and testicular adnexa in adults at Brazzaville University Hospital]. *Rev Afr Urol Androl*. 2018. 1(9):228.
10. Bah, O. R., Roupret, M., Guirassy, S., Diallo, A. B., Diallo, M. B., & Richard, F. Aspects cliniques et thérapeutiques de la torsion du cordon spermatique: étude de 27 cas. *Prog Urol*. 2010. 20(7), 527-531.
11. Ouattara, A., Paré, A. K., Yé, D., et al. Prevalence and Management of Spermatic Cord Torsion (SCT): A Five-Year Review in Sourou Sanou University Hospital of Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Research and Reports in Urology*. 2023. 381-5.
12. Kaboré FA, Zango B, Yaméogo C, Sanou A, Kirakoya B, Traoré SS. Les torsions du cordon spermatique chez l'adulte au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou [Spermatic cord torsion in adults at the Yalgado Ouedraogo University Hospital of Ouagadougou]. *Basic Clin Androl*. 2011;21(4):254-9. doi:10.1007/s12610-011-0151-2
13. Sarr A, Fall B, Mouss B, Sow Y, Thiam A, Diao B, Fall P.A, Diagne B.A. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la torsion du cordon spermatique au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar. *Androl*. 2010 ; 20: 203-8.
14. Della-Negra E, Martin M, Bernardini S et al. Les torsions du cordon spermatique chez l'adulte. *Prog Urol*. 2000. 10:265-70.
15. Mansbach JM, Forbes P, Peters C. Testicular torsion and risk factors for orchiectomy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005. 159:1167-71.
16. Long-Depaquit, T., Chiron, P., Bourgoignie, et al. Prise en charge de la torsion du testicule par un chirurgien généraliste isolé en Afrique. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 2, mtsi.v2i2.2022.230.
17. Hodonou R, Soumanou-Kaffo R, Akpo C. La torsion du cordon spermatique (TCS) : facteurs étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 33 cas au CNHU de Cotonou. *Med Afr Noire*. 1999 46:69-74.
18. Mongiat-Artus P. Torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires. *Ann Urol*. 2004. 38:25-34.
19. Fofana, A., Tuo, L. S. M., Yao, K. E., Coulibaly, I., Yeo, D. D., & Adebayo, B. T. (2025). Our Experience in the Management of Spermatic Cord Torsion (SCT) in Adults in Urology at Cocody-Abidjan University Hospital in 10 Years (2014-2023). *OJU*, 15(5), 139-147.
20. Akassimadou, N., Avion, K. P., Agui, B., et al. Torsion of the Spermatic Cord in Adults: Epidemiological, Diagnostic and Therapeutic Aspects Observed in 46 Patients at the Bouake Teaching Hospital. *Open Journal of Urology*. 2023. 13(9), 382-90.
21. Kravchick S, Cytron S, Leibovici O, et al (2001) Color doppler sonography: its real role in the evaluation of children with highly suspected testicular torsion. *Eur Radiol* 11: 1000-5.
22. Waldert M, Klatte T, Schmidbauer J, Remzi M, Lackner J, Marberger M. Color Doppler sonography reliably identifies testicular torsion in boys. *Urology* 2010. 75: 1170-4.
23. Ali Rizvi SA, Ahmad I, Siddiqui MA, et al. Role of color doppler ultrasonography in evaluation of scrotal swellings pattern of disease in 120 patients with review of literature. *Urol J*. 2011. 8:60-5.
24. Ndong, N.M. and Mougougou, A. Delay in Managing Torsion of the Spermatic Cord at the CHU of Libreville. *Bull Med Owendo*. 2018. 16, 26-31.